FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

Em 28 de Outubro de 1902

POR

Alvaro Carlos Tourinho

NATURAL DESTE ESTADO

AFIM DE OBTER O GRÁO
DE
DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Cirurgica

Um novo processo de intervenção nos abcessos postero-superiores do figado

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA
Litho-Typographia Tourinho
PRAÇA DO OURO, N. 5
1902

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR—DR. ALFREDO BRITTO

Vice-Director--Dr. Alexandre E. C. Cerqueira

Lentes cathedraticos

1ª SECÇÃO

Os Illms. Snrs. Drs.:	Materias que leccionão:
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica
2ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia theorica e pratica
Augusto Cezar Vianna	Bacteriologia
Guilherme P. Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
3ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo	Physiologia theorica e experimental
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
4ª SECÇÃO	
Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e Toxicologia
Joaquim Matheus dos Santos	Hygiene
5ª SECÇÃO	
Ignacio M. de Almeida Gouveia	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1ª cadeira
Manoel Victorino Pereira	Clinica cirurgica 2ª cadeira
6ª SECÇÃO	
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Alfredo Britto	Clinica propedeutica
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica 1ª cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica 2ª cadeira
7ª SECÇÃO	
J. Rodrigues da Costa Doria	Historia natural medica
Antonio Victorio A. Falcão	Pharmacologia, Materia medica e Arte de formular
José Olympio de Azevedo	Chimica medica
8ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica
9ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello	Clinica Pediatrica
10ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica
11ª SECÇÃO	
Alexandre E. C. Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
12ª SECÇÃO	
João Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e das molestias nervosas
Luiz Anselmo da Fonseca João Evangelista de C. Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Lentes substitutos

Os Illms. Snrs. Drs.

Nome	Secção	Nome	Secção
Manoel de Assis Souza	1ª secção	Pedro da Luz Carrascosa	7ª secção
Gonçalo Muniz S. de Aragão	2ª »		8ª »
Pedro Luiz Celestino	3ª »	Alfredo F. de Magalhães	9ª »
Josino C. Cotias	4ª »	Clodoardo de Andrade	10ª »
Braz H. do Amaral	5ª »	Carlos Ferreira Santos	11ª »
João A. Garcez Fróes	6ª »	Juliano Moreira	12ª »

Secretario—Dr. Menandro dos Reis Meirelles

Sub-secretario—Dr. Matheus Vaz de Oliveira

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

Introducção

O tratamento operatorio dos abcessos do figado só começou a ter applicação como processo de escolha, com o advento do seculo XIX, em que a descoberta dos multiplos meios de investigação desvendou á sciencia o vasto campo, ainda occulto, da pathologia animada.

As praticas seguidas até então pouca differença faziam dos primitivos meios, já empregados no tempo de HYPOCRATES, e os resultados obtidos eram por demais incertos para auctorisar o seu emprego.

Comquanto a necessidade da abertura tivesse impressionado os cirurgiões, todavia a penuria dos meios não lhes permittia triumphar do seu intento.

A evacuação era o unico desiteratum. Em geral procurava-se obtel-a praticando-se na parede exterior, no ponto em que o pus parecia estar mais proximo, o processo usual, que era o mesmo, quer o foco se revelasse do lado do thorax, quer fizesse saliencia na parede abdominal.

Procurava-se para isto imitar a natureza, e, *ad instar* do que se passa em certos abcessos abertos espontaneamente, produzia-se artificialmente, por meio de causticos, as adherencias que garantiam a canalisação para o exterior.

Posteriormente estas praticas se foram modificando, sem comtudo attingir o gráo desejavel de perfeição, attento aos parcos recursos de que dispunha a cirurgia da epocha.

Methodos outros se fizeram seguir, mas a timidez com que eram praticados não dava logar a resultados lisongeiros, por isso que não permittia a evacuação completa. A puncção evacuadora pouco tempo gozou da primazia que ainda hoje se lhe quer emprestar, pois para logo se notou a sua inefficacia como tratamento operatorio.

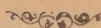
Emfim o exito das operações deixava muito a desejar para que se fosse prodigo na sua pratica.

Nestes ultimos tempos porém, depois que antisepsia assegurou ao cirurgião a penetração nas grandes cavidades, o tratamento cirurgico dos abcessos do figado tem sido muito modificado com aperfeiçoamentos de technica reclamados pela variedade de sua localisação topographica.

Actualmente a conducta a seguir em taes casos está sob a dependencia das relações em que se acha o foco com as regiões visinhas e com a propia viscera que o contém.

A abertura larga, de accordo com os preceitos antisepticos, é a pratica adoptada por todos os cirurgiões; mas o ponto que ainda não está inteiramente esclarecido é o que diz respeito ás collecções situadas na face convexa do figado.

Se é verdade que a laparotomia mediana é sufficiente nos casos de visinhança do foco com a parede abdominal, é certo tambem que a ella se não pode recorrer quando a collecção se localisa na parte postero-superior.

O facto da proximidade desta face do figado com orgãos importantes, cuja lesão abre a porta a complicações gravissimas, justifica a diversidade das vias seguidas pelos cirurgiões na intervenção dos abcessos desta região.

A via abdominal, aconselhada por LANDAU, é insufficiente e perigosa; a grande tracção exercida sobre o figado occasiona sempre rupturas nos seus ligamentos naturaes.

A via pleural, preconisada por ISRAEL e GENZMER, se de um lado tem a vantagem de descortinar sufficientemente o campo operatorio, tem do outro o grande inconveniente da incisão da pleura que se expõe deste modo á infecção.

O processo do prof. LANNELONGUE, que consiste em reseccar uma parte do bordo cartilaginoso do thorax, dá incontestavelmente magnificos resultados quando applicado á região antero-superior do figado, mas resente-se do mesmo defeito da via abdominal quando visa a parte postero-superior deste orgão.

LANNELONGUE tem executado o seu processo na abertura de abcessos tuberculosos sub-phrenicos, porém o seu emprego se justifica na evacuação de todas as collecções que se localisam na parte anterior da convexidade do figado.

O illustrado professor DR. PACHECO MENDES, pesando bem os inconvenientes dos methodos supracitados e tendo em consideração a disposição anatomica da região, imaginou a possibilidade de

descollar o *cul de sac* da pleura e suspendel-o em seguida, como o melhor meio de abrir e evacuar as collecções da parte postero-superior do figado.

Pondo em pratica esta modificação, tendo previamente feito a resecção costal, o illustre cirurgião conseguio abrir largamente um desses abcessos sem se arreceiar das complicações tão graves que soem sobrevir na abertura da pleura .

*
* *

A idéa de que fizemos assumpto a nossa these é do prof. PACHECO MENDES, que gentilmente nos forneceu a observação do doente em que ella foi posta em pratica; o nosso trabalho é apresental-a á opinião dos competentes, acompanhando-a de considerações praticas que nos pareceram uteis a sua melhor clareza.

A technica empregada, suas indicações e sua superioridade sobre os processos congeneres são os pontos capitaes da nossa dissertação.

Se nos affigurou tambem de vantagem fazer precederem a este estudo algumas noções anatomicas sobre a topographia thoraco-pleural, cujo conhecimento é indispensavel a quem se propõe

a intervir na região de que nos occupamos especialmente.

Seja-nos permittido porém, antes de enfrentar o assumpto, agradecer ao digno mestre as considerações que sempre nos dispensou durante o nosso internato, onde tivemos a fortuna de ouvir as suas sabias lições, sempre ricas de ensinamentos adquiridos no estudo acurado e na observação intelligente dos factos praticos.

I

Topographia thoraco-pleural

O *cul de sac* inferior da pleura, ou linha de reflexão costo-diaphragmatica, mantém com apa-rede costal relações muito importantes, que devem orientar o espirito do pratico nas intervenções desta região.

A pleura depois de envolver todo o pulmão pela sua folha visceral, reflecte-se sobre si mesma, ao nivel dos bordos deste orgão, de modo a constituir um segundo sacco, formado pela pleura parietal, que forra completamente a vasta cavidade que contém pulmão.

Esta pleura parietal apresenta seios ou *culs de sac* mais ou menos profundos, nas suas differentes linhas de reflexão, cujo estudo tem uma importancia cirurgica diversa.

Na inspiração normal o pulmão nunca desce até o fundo do seio costo-diaphragmatico, sendo

permittido ás folhas costal e diaphragmatica, que constituem este seio, permanecer sempre unidas uma á outra.

Effectivamente, ha, uma zona de certa extensão na parte inferior do thorax que é forrada por este *cul de sac* e atravéz da qual é possivel penetrar-se na cavidade abdominal sem lesar o pulmão.

O trajecto da pleura é identico nos dous lados, porém só nos occuparemos nesta descripção, das suas relações na metade direita do thorax.

A linha que segue a folha parietal para se reflectir sobre o mediastino e sobre o diaphragma, partindo da articulação esterno-clavicular direita, se dirige para baixo e para dentro até se approximar do bordo esquerdo esterno.

D'ahi desce verticalmente até um ou dous centimetros da base do appendice xyphoide.

Chegada á parte inferior e posterior do esterno, a folha parietal direita desce aos lados da base do appendice xyphoide e forma ao lado deste um pequeno triangulo de dimensões variaveis, conforme a edade e os individuos, ao nivel do qual essa sorosa acha-se directamente juxtaposta ao

peritoneo, entre os feixes costaes e esternaes do diaphragma, sem interposição de orgão nenhum.

Ao nivel das inserções do diaphragma no bordo inferior do thorax, a folha parietal se reflecte sobre este musculo, que ella reveste, formando uma gotteira, que se chama seio pleural costo-diaphragmatico ou *cul de sac* inferior da pleura.

A linha que segue este *cul de sac*, depois de deixar a base do appendice xyphoide até encontrar a apophyse transversa da 12.ª vertebra dorsal, é obliqua de cima para baixo e de dentro para fóra. Esta linha, porèm, não é regular; affecta disposições especiaes com a parede costal, que é de todo o interèsse tornar evidentes.

O seio pleural costo diaphragmatico, depois de ter deixado a base do appendice xyphoide, dirige-se para baixo e para fora, cruza a 7.ª articulação chondro esternal e segue entre a 7.ª e a 8.ª costella, para vir cortar esta ultima, ao nivel de sua articulação chondro-costal, a 15 ou 16 centimetros do appendice xyphoide. Continuando a mesma linha obliqua elle passa sob a 9.ª costella, a 2 centimetros para fora da sua articulação chondral, e a vinte centimetros do appendice xyphoide; depois

sob a 10a costella a quatro centimetros da sua articulação chondral, e a 9 ou 10 centimetros da depressão que indica a união ligamentosa da sua cartilagem com a peça commum. Sob a 11.ª costella o seio passa a 5 centimetros da extremidade fluctuante. E' ao nivel desta costella que o seio pleural apresenta o seu ponto mais declive. (1)

D'ahi segue o bordo inferior da 12.ª costella, indo depois terminar na apophyse transversa da 12.a vertebra dorsal.

Resulta desta descripção que a pleura não forra toda a extensão da parede costal. Ha na parte anterior e inferior do thorax, um certo espaço que não é revestido por esta sorosa e que é constituido, para a metade direita do thorax, unica que visamos, pelas extremidades anteriores das 8ª 9ª 10ª e 11ª cartilagens costaes.

Nesta disposição anatomica funda-se o processo do prof. LANNELONGUE, de que nos occuparemos detalhadamente mais adiante.

Segundo o que ficou dito, o seio costo-diaphragmatico forma o limite inferior de uma cavidade virtual, na qual o pulmão não desce e que representa o ponto de reflexão da pleura costal sobre o diaphragma.

Bertrand et Fontan. T. de l'hepatite suppurée.

Não ha porém limite superior fixo. Como é natural, a altura deste seio é menor no fim da inspiração do que em outra qualquer occasião, sendo isto devido ao recalcamento do diaphragma neste tempo da respiração.

A despeito disso, o *cul de sac* inferior nunca desapparece invadido pelo pulmão.

No homem vivo uma percussão cuidadosa permitte fixar o limite superior do seio costo-diaphragmatico, que corresponde ao ponto em que a sub macidez hepatica se torna macidez absoluta.

Damos aqui as medidas, tomadas por Bertrand e Fontan, das diversas alturas do seio costo-diaphragmatico em as differentes linhas thoracicas.

«Altura do seio na linha paraesternal—1 cm.
» » » mamillar —5 cm.
» » » axillar anterior 8 cm.
» » » axillar posterior 9 cm.
» na gotteira costo-vertebral—5 cm.»

Cumpre notar, porém, que nos individuos portadores de abcessos do figado, ou de outra qualquer affecção em que haja augmento de volume deste orgão, ou que simplesmente contribua á formação de collecções sub-phrenicas, a abertura

do seio pleural nas diversas linhas excede muito á normal, em virtude do recalcamento que soffre o pulmão.

Estes dados anatomicos têm toda a importancia na abertura transpleural dos abcessos sub-phrenicos.

A incisão pleural nunca deve attingir o limite superior do *cul de sac*, sob pena de favorecer o apparecimento do pneumo-thorax, complicação temivel, que se deve prevenir.

Assim, seja dito desde agora: para que se não tenha de lamentar esse incidente é de toda a prudencia praticar-se a incisão no 7.º espaço intercostal e abaixo, quando se opera na linha mamilar; no 9.º espaço e abaixo, na linha axillar anterior; no 10.º e no 11º, quando se opera no bordo da massa sacro-lombar. (1)

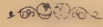
Bertrand et Fontan. Loc. cit.

II

Indicações e vantagens do processo trans-thoracico sub-pleural

A modificação proposta pelo Dr· Pacheco Mendes é indicada em todos os casos em que se faça mister intervir cirurgicamente na porção intra-thoracica do abdomem, occupada em grande parte pela convexidade do figado, com o fim de evacuar as collecções liquidas localisadas na parte postero-superior deste orgão ou immediatamente acima.

Em virtude da propria situação desses abcessos torna-se difficultosa sinão inexequivel a abertura pela via abdominal: só atravez do thorax é que se pode abrir trajecto á passagem do pus, e proceder-se a uma lavagem rigorosa das paredes do foco purulento.

Muito embora o processo trans-thoracico tenha sido praticado uma só vez, todavia o resultado

feliz da operação auctorisa o seu emprego na evacuação de todas as collecções formadas entre o figado e o diaphragma.

Neste caso estão os abcessos sub-phrenicos, devidos a traumatismos, lithiase biliar, cancros e ulceras do estomago, ulcerações intestinaes etc., que representam outras tantas indicações do processo. Os abcessos tuberculosos sub-phrenicos, tão bem estudados por LANNELONGUE, justificam tambem o seu emprego,

As collecções postero-superiores da hepatite suppurada, porém, representam a principal indicação do processo, trans-thoracico sub-pleural: de ordinario, é esta situação a mais frequente, como demonstraremos anatomicamente.

Os processos até aqui seguidos, nesses casos especiaes, deixam muito a desejar; delles faremos uma rapida resenha, commentando-lhes a technica e mostrando-lhes os pontos falhos.

Antes, porém, de nos desobrigarmos desta tarefa seja-nos licito dar algumas noções anatomicas da topographia dos abcessos do figado.

O que nos move a isto é a intenção de salientar a importancia do processo trans-thoracico

sub-pleural e as suas vantagens sobre os seus congeneres.

Os abcessos do figado são muito mais frequentes no lobo direito que no esquerdo. Esta desegualdade tem a sua explicação em uma disposição anatomica da veia porta.

O tronco desta veia, formado pela reunião da splenica e da mesenterica superior, dirige-se obliquamente, de baixo para cima e da esquerda para a direita, até o septo transverso do figado, onde se bifurca em dous ramos, que formam um angulo obtuso. O ramo direito se dirige ao lobo direito, é duas vezes mais calibroso e duas vezes mais curto do que o esquerdo, que se distribue no lobo esquerdo

E' ainda para notar que os abcessos são mais commummente observados na face convexa do figado. Quanto a esta preferencia é a Anatomia que ainda nos vem dar a explicação. Cada ramo da veia porta se divide em dous ou tres ramos secundarios. Estes não se dichotomisam; ao envez disto, se prolongam até a face superior do figado, diminuindo gradualmente de volume e dando origem a pequenos ramusculos lateraes.

Estas particularidades anatomicas permittem facilmente comprehender-se a frequencia dos abcessos no lobo direito e na face convexa. O embulo septico, vindo da veia porta, penetra fatalmente no ramo direito e vae se alojar na extremidade de um dos seus ramos de bifurcação, constituindo ahi o ponto de origem do futuro abcesso.

Estabelecido o ponto de eleição dos abcessos, comprehende-se a vantagem que ha em atacal-os pela parede thoracica.

Nesses casos, as relações que affecta o foco com a parede costal são de ordem a considerar insufficiente outra via que não seja a thoracica posterior.

Passemos a estabelecer o confronto do processo do prof. Pacheco Mendes com os que são empregados actualmente nas collecções da face convexa do figado.

A via abdominal pecca por insufficiente. Percebe-se sem difficuldade que a distancia do foco da parede abdominal torna quasi impossiveis ao cirurgião as manobras indispensaveis. Além disto é preciso imprimir ao figado uma grande tracção, de modo que ponha o foco em relação com a parede abdominal.

Ora, essas manobras são perigosas, pois podem occasionar rupturas no peritoneo peri-hepatico, pela posição anormal que é preciso dar a esse orgão.

Resultam da falta de parallelismo do abcesso com a parede abdominal, complicações que não são para desprezar, tal a gravidade que podem assumir. Dentre estas avulta o derramamento de pus na cavidade peritoneal.

Este accidente, que é tão commum nos abcessos posteriores, é facil de ser evitado nos casos de situação do foco na parte abdominal do figado, isto é, abaixo das costellas, porquanto aqui a abertura exterior corresponde directamente ao ponto de sua formação.

No primeiro caso, o pus, não achando um trajecto franco, derrama-se na cavidade peritoneal- originando dentro em pouco a peritonite suppurada, cujo prognostico é sempre fatal; no segundo, porém, a incisão larga praticada na parede abdominal, correspondendo a outra de identicas dimensões na parede do foco, permitte a evacuação completa deste

A exiguidade do campo operatorio tem ainda a desvantagem de impossibitar o emprego das

lavagens antisepticas, que são absolutamente indispensaveis.

Os abcessos postero-superiores do figado, como ainda os sub-phrenicos, no seu desenvolvimento, recalcam o diaphragma para a cavidade thoracica, na qual elles se acham, por assim dizer, inclusos; na maior parte dos casos elles estão applicados á face interna da parede costal, da qual estão separados pelo diaphragma e pelo *cul-de-sac* da pleura.

A pratica da incisão desse *cul-de-sac*, adoptada hoje em dia, pode dar margem á producção de complicações, a despeito das precauções tomadas com o fim de prevenil-as. Destas, duas podem offerecer extrema gravidade, que são: o pneumothorax e o pyo-thorax.

Todavia, para que estes accidentes tenham logar fazem-se mister certas condições, que estudaremos convenientemente.

O methodo de Shangai, impropriamente denominado de Stromeyer Little, é o que melhores condições favorece ao desenvolvimento dessas complicações.

A pratica dos cirurgiões de Shangai é um tanto brutal, e está em completo desaccordo com os pre-

ceitos formulados pela cirurgia contemporanea; consiste em incisar de um só golpe a parede do abcesso, sem se preoccupar com a região por elle occupada, tendo somente a precaução de guiar a lamina do bisturi pela canula de um trocart préviamente introduzido no foco.

Ve-se, pelo simples enunciado, o absurdo de tal methodo, que se tem pretendido considerar o melhor para evacuar as collecções hepaticas.

Mostremos os seus inconvenientes e as complicações por elle occasionadas. Destas, não nos cabe tratar aqui sinão das que têm logar nos casos de abertura thoracica, deixando, portanto, as hernias intestinaes e epiploicas, a lesão de uma volta do intestino, etc.

A perda de parallelismo é muito frequente na incisão brusca. Devido aos movimentos do diaphragma, é difficil obter-se a juxtaposição da abertura deste musculo com a praticada no espaço intercostal.

Afóra os casos excepcionaes de existencia de adherencias, que estão longe de ser freqnentes, e, que são difficeis de ser diagnosticados de antemão, o pus, não encontrando passagem livre atravéz

do espaço intercostal incisado, penetra na cavidade pleural e ahi provoca o pleuresia purulenta.

Quando a perda de parallelismo é completa, a quantidade de pus introduzida na pleura é consideravel, e determina fatalmente a morte do individuo.

Outro factor que muito concorre para o resultado negativo da operação, pelo methodo de Shangai, é a exiguidade do campo operatorio. A incisão praticada no espaço intercostal, por longa que seja, jamais offerecerá ao pus um trajecto sufficiente.

As costellas que limitam a incisão se approximam uma da outra, de modo a tornar o espaço intercostal mais estreito do que normalmente o é. D'ahi a insufficiencia do aceio das paredes do foco, e, como consequencia, a inefficacia da operação.

O operador manobra ás cégas e é, muitas vezes, impotente para superar um accidente occasionado pelo golpe brusco e desastrado do bisturi, como seja a hemorrhagia.

O pneumo-thorax e o pyo-thorax são, quasi sempre, as consequencias do que acabamos de tratar.

O pneumo-thorax póde ser primitivo ou secundario: conforme o ar penetra na pleura em estado de vacuidade, ou cheia de liquido septico. Neste ultimo caso o pus introduzido na cavidade pleural favorece a entrada do ar, pois contribue para a aspiração que se dá neste ponto da pleura.

Uma condição anatomica indispensavel á producção do pneumo-thorax, è que o pulmão corresponda directamente á abertura da pleura, capaz de deixar passar o ar. Isto quer dizer que, para que haja pneumo-thorax é preciso que o ar penetre na pleura, em um ponto em que o tecido pulmonar esteja a descoberto, e recalque o pulmão, que, em virtude de sua elasticidade, se deixa deprimir.

Ora, incisando-se o *cul-de-sac* da pleura abaixo do seu limite superior fixo, é difficil a penetração do ar, mórmente se se tem o cuidado de evitar ao doente inspirações forçadas e movimentos desordenados.

Não é pois o pneumo-thorax que se deve temer na incisão do *cul-de-sac* da pleura; é sobretudo o pyothorax que torna tal pratica um tanto duvidosa, máu grado a sutura consecutiva com que se tem pretendido prevenir este inconveniente.

A sutura pleural, no entretanto, não nos parece de ordem a poder evitar a infecção da pleura; apezar de suturada a botoeira pleural, resta sempre a superficie de incisão, capaz de ser a porta de entrada dos germens que a rodeiam. Não é preciso a penetração do pus, em quantidade. na cavidade pleural, basta o contacto septico para determinar, em breve tempo, a pleuresia fibrino-purulenta.

Objectar-nos-ão que os agentes antisepticos, excluindo por completo os germens da suppuração, previnem a infecção da pleura. Theoricamente isto está assentado, mas a impossibilidade pratica de effectuar a antisepsia completa do foco, faz-nos accreditar na superioridade que sobre o processo trans-pleural, tem a modificação do levantamento do *cul-de-sac* da pleura, que, por fim, é facil de ser praticada e não arrisca esta sorosa á infecção.

A resecção do bordo cartilaginoso do thorax, tal como a pratica Lannelongue, se tem a vantagem de poder poupar a pleura, todavia não tem a applicação em todos os casos. As collecções postero—superiores, achando-se naturalmente, afastadas da abertura feita no bordo anterior do thorax, não se podem approveitar deste processo.

III

Manual operatorio

Faremos neste capitulo a descripção do processo trans-thoracico sub-pleural, acompanhando-a de considerações praticas referentes aos detalhes operatorios e aos cuidados reclamados após a operação.

A não ser o ponto que diz respeito ao levantamento do *cul de sac* da pleura, o processo que vamos descrever em nada differe da pratica usual, seguida pela maioria dos cirurgiões.

O emprego da anesthesia deve estar de accordo com as condições de resistencia do doente e com a natureza da intervenção.

Nesta operação, cuja pratica reclama manobras demoradas, a anesthesia assegura a immobilidade do doente, calmando-lhe o jogo respiratorio, supprimindo-lhe os gritos e os accessos de tosse, tão communs nas intervenções do diaphragma.

Afóra os casos especiaes de extrema debilidade do doente, de recalcamento do coração pelo figado, produzindo dyspenéa, a chloroformisação deve ser feita todas as vezes que seja preciso manobrar livremente.

O cirurgião é por vezes obrigado a não se servir desse meio e praticar uma intervenção parcial: tal seja o gráo de fraqueza que contra-indique a anesthesia.

Procede-se á antisepsia do campo operatorio e de tudo mais que rodeia o doente, inclusive o instrumental, que deve constar de: canivetes, tentacanula, aspirador do Dieulafoy, pinça de dissecção, pinças de Pean, costotomo, ruginas, agulhas de Hagedorn, ditas de Reverdin, cureta romba etc.

A puncção exploradora é empregada com vantagem por todos os cirurgiões, que procuram por este meio certificar-se da existencia do pus e estabelecer o ponto de menor espessura da parede do abcesso. Esta operação preliminar é considerada como de imprescindivel necessidade, pelos dados que pode fornecer.

Em havendo signaes presumptivos da existencia do pus, deve-se recorrer a esse meio, intro-

duzindo a agulha do aspirador no ponto em que os phenomenos congestivos se mostrem com maior intensidade.

Quando, porém, pelos signáes exteriores, se tem a certeza da existencia do pus, a puncção é de nunhum valor. Todavia, nunca se deve esperar o apparecimento desses signaes, pathognomonicos da suppuração; quando elles se fazem sentir já a desorganisação do figado é tal que torna duvidoso o prognostico da operação.

Posto o doente em decubitus lateral esquerdo, pratica-se sobre a 9.ª costella, direita, a partir de sua inserção na cartilagem costal, uma incisão de 12 centimetros de extensão, das extremidades da qual levantam-se duas outras, que vão até a 7.ª costella. Disseca-se e levanta-se o retalho até o seu lado fixo que corresponde ao 7.º espaço intercostal. A oitava e a nona costellas são postas a descoberto, desnudadas do seu periosteo e reseccadas por meio de um costotomo.

Feito isto, destaca-se com o dêdo ou com a rugina romba a folha parietal da pleura, das costellas situadas abaixo da incisão, até o ponto de reflexão dessa folha, ou *cul de sac* inferior, que é por sua vez descollado. Levanta-se então este *cul*

de sac e pratica-se no diaphragma, a descoberto, uma incisão, que deve ter de cinco a seis centimetros de comprimento. Igual incisão, dever-se-á praticar na porção do figado que forma parede ao abcesso.

Evacuado o foco, procede-se a uma lavagem antiseptica rigorosa, acompanhada de curetagem de suas paredes, que deverá ser praticada com uma cureta romba, á maneira do que se faz na raspagem do utero.

Eliminados todos os detritos do abcesso, collócam-se nas extremidades da incisão dous grossos tubos de esgoto que serão diminuidos, á medida que os phenomenos de cicatrização se forem adiantando.

Assim descripto, perfunctoriamente, o manual operatorio, faz-se mister em complemento do que fica dito, estudar detalhadamente os principaes tempos da operação, apreciando-lhes, ao mesmo tempo, a importancia cirurgica.

Na escolha da costella a reseccar devem-se ter em vista as relações da pleura com a parede costal, conforme ficou dito acima: quer se tenha de praticar a incisão trans-pleural, quer se procure descollar o *cul de sac* inferior. Assim, pois, é de

prudencia, toda a vez que se deseje abrir passagem atravez do *cul de sac* da pleura, incisal-o no 7.o espaço intercostal e abaixo, se se opera na linha do mamillo; no 9.o espaço e abaixo, na linha axillar anterior; no 10º e no 11º se se opera muito para traz no bordo do massa sacro-lombar.

Observadas estas prescripções, que têm em vista não descobrir o pulmão, evitando conseguintemente a penetração do ar na cavidade pleural, e alliando a ellas o cuidado de suturar os bordos da pleura incisados, accordam os cirurgiões que se têm occupado desse particular em considerar removida a possibilidade das complicações thoracicas no processo trans-pleural.

Até certo ponto são legitimas estas convicções, e a pratica mesmo o tem demonstrado; mas o que ainda é mais racional e que não pode soffrer contestação é que, se por este modo, postas em praticas as condições mais desfavoraveis ao pneumothorax e á infecção pleural, consegue-se quasi evitar taes complicações, todavia não se pode absolutamente assegurar que ellas não se possam dar, pois a superficie de incisão da pleura é a melhor porta á infecção, mau grado a sutura consecutiva de suas folhas.

Que não se nos acoime de exclusivista; o que procuramos tornar evidente neste trabalho é a excellencia do processo trans-thoracico sub-pleural, como o denominamos, que põe o operado absolutamente a salvo das complicações difficeis de evitar nos outros processos.

De todos os tempos se tem procurado estabelecer a adherencia da parede do foco purulento com a parede exterior, com o fim de evitar as complicações. A principio recorreu-se á acção irritante do caustico, mais tarde, porém, este meio foi abandonado e substituido pela sutura do figado com a parede exterior.

A sutura tanto se pode praticar do lado do ventre como do lado do thorax; no primeiro caso a vantagem consiste antes em evitar as hernias intestinaes e epiploicas do quem em impossibilitar o derramamento do pús na cavidade abdominal. Na incisão larga do foco não ha risco desta ultima complicação, apezar da ausencia de adherencias, porquanto o liquido septico, encontrando uma abertura franca, escôa-se completamente por ahi. O mesmo não se dá com a abertura da pleura, que necessita de ser suturada, para não deixar penetrar o pús na sua cavidade.

Na abertura pelo processo sub-pleural torna-se dispensavel qualquer especie de sutura, uma vez que a collecção purulenta, tenha sido incisada sufficientemente. Todavia, para maior segurança, pode-se suturar o bordo inferior da incisão hepatica com o bordo correspondente da abertura diaphragmatica.

A sutura da parede do figado deve ser praticada depois da evacuação do foco; este será convenientemente descoberto, punccionado com um trocart grosso, suturado e depois largamente aberto. Esta pratica, adoptada por muitos cirurgiões, tem a grande vantagem de incisar o fóco no ponto de sua superficie que vem corresponder á abertura externa, depois da evacuação.

Evacuado o abcesso, procura-se eliminar os detritos que ahi se acham contidos. A simples sahida do pus não basta: o attrito do dêdo contra as paredes do abcesso é insufficiente.

Se nos reportarmos á Anatomia pathologica veremos que as paredes dos abcessos são ordinariamente revestidas de franjas esphaceladas, detritos adherentes, formando por vezes massas espessas, que difficilmente são destacadas por simples lavagens e que não passam nos tubos de esgoto.

Com o fim de expurgar o foco desses detritos, que prolongam a suppuração, FONTAN, o primeiro, praticou a curetagem de um abcesso do figado, acompanhando-a de uma lavagem antiseptica, que se encarregou de accarretar para a exterior a porção de tecido esphacelado.

Dest'arte é possivel tornar as paredes do abcesso aptas a entrarem a cicatrizar logo após a operação, assegurando-lhes ainda uma completa antisepsia.

Alguns cirurgiões consideram a curetagem perigosa em taes casos, pela possibilidade da hemorrhagia. Este receio é inteiramente infundado, porquanto achando-se a porção de tecido que forma a parede da collecção purulenta completamente transformada, e todos os vasos sanguineos e biliàres thrombosados, a cureta move-se em uma camada de tecido privada de vasos abertos á circulação.

Essa pratica ainda não é adoptada por todos, porém os resultados até agora obtidos são os mais animadores.

O tratamento cirurgico não se cifra na abertura do abcesso e na sua evacuação; após a operação procura-se o mais promptamente que é

possivel obter a completa cicatrização do foco.

O emprego das injecções antisepticas deve ser feito até que os caracteres do pus indiquem phenomenos de cicatrização. D'ahi por diante toda a insistencia no uso das irrigações torna-se prejudicial á reparação do orgão.

Quando o pus que sahe da cavidade é de bôa natureza, isto é, quando elle é branco, indica que o foco se enche de botões carnosos, e portanto, em via de cicatrização.

O antiseptico preferido não é o mesmo para todos: a solução phenicada tem o inconveniente de poder ser absolvida e causar phenomenos de intoxicação; alguns cirurgiões preferem o bichlorureto de mercurio, na proporção de 1:2000, ou 1:3000, em virtude do seu coefficiente antiseptico superior, e da menor facilidade que tem de ser absorvido.

Para assegurar a sahida do liquido injectado é de necessidade verificar o bom funccionamento dos tubos collocados nas extremidades da abertura. Estes tubos devem ser diminuidos gradualmente de comprimento, á medida que os phenomenos de reparação se forem adiantando, para serem retirados quando os detritos hepaticos e o pus tiverem cessado de sahir.

Neste periodo post-operatorio, o doente deve ser submettido a um regimem alimentar rigoroso, que lhe revigore o organismo, compensando-lhe as perdas que soffreu durante a longa molestia. A transformação não se faz esperar depois da intervenção; e em poucos dias o doente entra em franca convalescença.

Quando os phenomenos de melhora não se fazem sentir logo após á evacuação do abcesso; quando a febre persiste enfim, deve-se para logo pensar na existencia de um outro foco de suppuração.

Não raro dá-se o facto da carie de uma costella vir complicar este periodo post-operatorio, embaraçando dest'arte o restabelecimento do operado. A persistencia de uma pequena fistula está quasi sempre ligada a essa complicação.

Nesse caso o criterio o seguir é o desbridamento da fistula e a reseção da porção cariada.

IV

Complicações Operatorias

O processo de que nos occupamos especialmente, como todas as intervenções que se praticam no figado, não está isento de complicações.

Destas, uma é propriamente operatoria: a hemorrhagia; a outra quasi sempre secundaria: a cholerrhagia.

Uma e outra, no entretanto, são menos graves nesse processo do que no processo de Shangai. pois a largueza da abertura permitte ir-se em busca do vaso sanguineo ou biliar aberto

Naturalmente só tratamos aqui das complicações que podem sobrevir no processo trans-thoracico sub-pleural; deixamos, pois, de mencionar o pneumothorax e a infecção pleural, que não se

podem produzir nesse processo, e outros accidentes que complicam, quasi sempre, a abertura abdominal mal feita.

A hemorrhagia pode ter origem na abertura de vasos differentes. Assim, é necessario discriminar o seu ponto de producção para delle tirar a indicação da conducta a seguir.

A lesão da arteria mammaria interna, principalmente do seu ramo externo, é facil de se dar na resecção costal; neste caso é preciso ligar-se as extremidades do vaso incisado. Na hemorrhagia proveniente da abertura de uma arteria intercostal, differe o modo de proceder.

Ordinariamente, o corrimento sanguíneo cede logo após á resecção da costella; as extremidades do vaso retrahem-se e obliteram-se espontaneamente, de modo a tornar dispensavel a ligadura.

A hemorrhagia de maior gravidade, porém, é a originada da abertura de um vaso do figado, encontrado pelo bisturi nas secções profundas deste orgão.

Diversos cirurgiões aconselham fazer-se a incisão da parede do foco com o thermocauterio, como meio efficaz de assegurar a hemostasia. Esta pratica tem inconvenientes, que restringem

a sua applicação. A secção feita com o thermo-cauterio reclama uma grande lentidão, por isso que a lamina do instrumento se resfria constantemente ao contacto do jorro sanguineo.

O thermo cauterio tem melhor applicação, depois de feita a abertura do foco, quando se faz mistér estancar uma hemorrhagia produzida pela incisão do bisturi. Neste caso elle actua simplesmente como instrumento hemostatico.

O meio mais efficaz para estancar a hemorrhagia hepatica é o *tamponnamento*, que deve ser feito com a gaze iodoformada, podendo esta permanecer, *in loco*, dous ou tres dias, pois actua ao mesmo tempo como agente hemostatico e antiseptico.

Para prevenir a hemorrhagia torna-se necessario o emprego de certas precauções, que diminuem as probabilidades de sua producção. Assim, a puncção exploradora é de grande vantagem, já com o meio de estabelecer a direcção do foco, já para procurar o ponto da sua parede onde a lamina de tecido hepatico é menos espessa.

Para se obter esse resultado é necessario, muitas vezes, praticar-se mais de uma puncção; o cirurgião não se deve arreceiar disso, pois só por

esse meio é possivel, em muitos casos, diagnosticar um abcesso collocado na parte mais profunda do figado. Além disto, deve se evitar, o quanto possivel, a região do hilo, ponto de entrada e sahida de todos os vasos dessa importante viscera.

Como quer que seja, o cirurgião nunca deve deixar de abrir uma collecção hepatica, por mais profundamente situada que ella seja, temendo a hemorrhagia; é preferivel ter de fazel-a cessar a ver o doente consumir-se a mais e mais em um estado de cachexia, resultante da permanencia de um foco de suppuração, que competentemente evacuado teria cicatrizado rapidamente.

A pretendida hemorrhagia *ex-vacuo* é absolutamente irrealisavel. As paredes do foco retrahem-se immediatamente após a evacuação, além de que seus vasos acham se completamente thrombosados inaptos, portanto, para a circulação. O emprego benefico da curetagem nos abcessos do figado é uma prova do que acabamos de dizer.

A cholerrhagia é o corrimento que se dá primitiva ou secundariamente após a abertura dos vasos biliares.

A cholerrhagia, porém, de que nos queremos occupar é a secundaria, que pode complicar a ope-

ração da evacuação dos abcessos do figado, e que é proveniente da ulceração dos canaes biliares de medio ou de grosso calibre, na propria parede do foco. Este accidente não é commum; porém, quando assume certas proporções, torna o prognostico da operação sobremodo grave.

O apparecimento tardio dessa complicação explica-se pelo facto seguinte, verificado pelo professor Reudu. (1) Diz elle: *Les gros vaissaux biliaires inter-lobulaires subissent un travail irritatif analogue à celui des vaisseaux sanguins. Leur paroi s'epaissit et leur lumière est obliterée par l'accumulation des cellules endotheliales. Il se fait une sorte de thrombose biliaire.*

Bertrand e Fontan são da mesma opinião de Reudu; para elles a cholerrhagia é, em grande parte devida á pouca fixidez dos thrombos. Assim se exprimem estes auctores: *Les canaux biliaires sont thrombosés; seulement le thrombus n'étant pas, comme celui des vaisseaux sanguins, formé de fibrine solide et organisale, mais bien d'un bouchon de mucus melangé de cellules epitheliales, l'obturation peut ceder devant l'elimi-*

---

(1) Dictionaire encyclopedique des sciences medicales Art. Foie.

nation des detritus et des chouches purulentes concretés sur les parois. Les premiers jours, il n'y a pas de béance des canaux biliaires, tandis que quand la paroi est detergée, cette béance s'etablit.

O corrimento da bilis na cholerrhagia secundaria sempre apparece do 8º ao 10.º dia; uma vez, no entretanto, ella se manifestou no 2.º dia.

A cholerrhagia primitiva, originada da secção de um canal biliar importante, em uma camada de tecido hepatico que se divide para chegar ao foco, ainda não foi assignalada por quantos se têm occupado deste particular, não obstante não ser isto impossivel.

Serios cuidados inspira a complicação que acabamos de descrever.

O doente não pode dispensar a quantidade de bilis que perde continuamente: suas energias se vão enfraquecendo, pois a falta desse elemento não lhe permitte tirar dos alimentos o necessario para a reparação de suas forças, esgotadas pela acção exhauriente da molestia.

Nestas condicções é preciso super-alimentar o doente, afim de compensar a pequena porção de alimentos aproveitada pelo seu organismo.

Tal tarefa nem sempre é praticavel, mórmente em individuos dyspepticos e accommettidos de dysenteria antiga.

O meio mais pratico de fazer cessar a cholerrhagia é ainda o *tamponnamento*, á maneira do que se faz para as hemorrhagias; a par disto deve-se cauterisar o ponto de origem do corrimento e suspender o emprego das injecções antisepticas.

A peritonite suppurada, sobrevindo a abertura de um abcesso do figado, é tida por todos como uma das mais temiveis complicações da intervenção cirurgica.

Ella, no entretanto, é muito rara actualmente, sobretudo quando se tem o cuidado de abrir largamente o foco, e impedir os vomitos e os movimentos desordenados do doente, que facilmente determinam a perda do parallelismo da duas aberturas.

Ha quem attribua a innocuidade das aberturas trans-peritoneaes dos abcessos do figado sem sutura prévia á presença de adherencias, ou a pretendida esterilidade do pus. Este modo de ver não é exacto; os casos de peritonite post-operatoria têm sua explicação na insufficiencia da incisão, que não permitte a franca evacuação do liquido septico.

Dahi os inconvenientes do methodo de Shangai.

Conclusões

I

O *cul-de-sac* inferior da pleura, constituido pela juxtaposição das porções costal e diaphragmatica desta sorosa, forma, na parte inferior do thorax, um espaço virtual até onde o pulmão não desce.

II

Esse *cul-de-sac* é susceptivel de ser descollado e levantado em seguida, permittindo dest'arte a abertura das collecções sub-phrenicas e dos abcessos da região postero-superior do figado, pela via thoracica, sem o comprommettimento da pleura.

III

A via transpleural seguida commummente póde acarretar complicações taes como pneumo-thorax e pyo-thorax, que podem surgir a despeito da sutura consecutiva.

IV

O processo trans-thoracico sub pleural, tal como o pratica o Dr. Pacheco Mendes, sobre ser mais racional e mais de accordo com as exigencias da cirurgia moderna, tem a grande vantagem de evitar a abertura da pleura.

OBSERVAÇÃO (1)

ESTADO FEBRIL GASTRO-INTESTINAL E HEPATICO DE MARCHA LENTA.—INTERVENÇÃO DEPOIS DE TRES SEMANAS, SEGUNDO O PROCESSO TRANS-THORACICO SUB-PLEURAL, EM UM ABCESSO SUB-DIAPHRAGMATICO DO FIGADO.—CURA.

M. D., com quarenta e tres annos de edade, gozou de boa saúde, até o anno proximo passado. De um anno a esta data, devido a trabalhos excessivos, fôra accommettido de surmenagem, com perturbações gastricas e hepaticas frequentes. A constipação de ventre lhe era habitual e alternava com abundantes dejecções. No dia 6 de agosto de 1896 sentira subitamente dores vivas no abdomen, que lhe impossibilitaram o somno.

Encontramol-o magro, profundamente anemiado, febricitante e presa de suores nocturnos e diarrhéa profusa. Queixa-se de inappetencia e de dôres frequentes no flanco direito. Tem, além disto, frequentemente, crises de soluços e apresenta a auscutação todos os symptomas de uma pleuresia diaphagmatica. Estes phenomenos obrigam-no a

(1) Esta observação nos foi dada pelo Dr. Pacheco Mendes.

guardar o leito no dia 29 de agosto. Desde então o seu estado aggrava-se: a temperatura se eleva ordinariamente a 39° e a 40° à tarde; o flanco direito duro e contracturado, era de uma sensibilidade de tal modo accentuada que tornava quasi impossivel qualquer exploração profunda. A' percussão nota-se augmento de volume do figado, que se accentua nos dias subsequentes.

A coloração da pelle torna-se sub-icterica; as urinas são carregadas de pigmento biliar, comquanto as fezes sejam fortemente coradas. Ha, pois, polycholia.

Prescreve-se internamente salol e calomelanos e externamente um vesicatorio.

O estado do doente continua o mesmo durante quatro dias: a temperatura oscilla entre 38 a 39 1/2. No dia 14 de agosto, á tarde, o doente é atacado de forte calafrio, com resfriamento e cyanose das extremidades; varios accessos de febre de caracter irregular e intermittente se succedem nos dias subsequentes.

O estado geral é mau; os phenomenos objectivos do lado do figado não desapparecendo, pratica-se a operação no dia 20 de agosto.

Como não ultrapassava o foco o bordo inferior

do thorax, escolhemos a via thoracica. O doente estando deitado do lado esquerdo e chloroformisado, praticamos sobre a 9.ª costella a partir do seu ponto de união, á cartilagem esternal, uma incisão de doze centimetros de extensão, sobre as extremidades da qual fizemos cahir duas outras. Feito isto, dissecamos e levantamos o retalho até a sua base que corresponde ao setimo espaço intercostal. A 8.ª e 9.ª costellas são postas a descoberto, desnudadas do seu periosteo e reseccadas na extensão de 8 centimetros para a 8.ª e 10 centimetros para a nona. O isolamento das costellas de seu periosteo foi muito facil, e a pleura não foi interessada. Feito isto, descollamos com o dedo e com uma rugina chata a folha parietal da pleura, das costellas situadas abaixo da incisão, até o ponto de reflexão desta folha sobre o diaphragma. Levantando bem alto o *cul-de-sac* da pleura e atravessando o diaphragma, praticamos no foco uma incisão de cinco centimetros de extensão, que deu sahida a quatrocentos e vinte tres grammas de pus.

Collocamos dous grossos tubos de esgoto nas extremidades da abertura, depois de feito o asseio cuidadoso das parêdes da collecção purulenta. Estes tubos são progressivamente diminuidos de comprimento é por fim retirados.

A ferida acha-se completamente cicatrizada quatro mezes após a operação.

PROPOSIÇÕES

1.ª SECÇÃO

Anatomia descriptiva

I

As arterias da pleura visceral são fornecidas pelas arterias bronchicas, ramos da aorta.

II

As da pleura parietal provém das diaphragmaticas superiores e inferiores, das mediastinas posteriores, das bronchicas, da mammaria interna e e das intercostaes anteriores e posteriores.

III

Essas arterias penetram na camada conjunctiva da sorosa e formam abaixo do endothelio uma rede de largas malhas.

Anatomia medico-cirurgica

I

A glandula sub-maxillar e os ganglios que a rodeiam estão inclusos em uma loja fibrosa, formada pela aponevrose cervical superficial,

II

Essa glandula é limitada lateralmente pelos ventres do musculo digastrico, e repousam profundamente nos musculos mylo-hyoidiano ehyo-glosso.

III

A arteria e veia faciaes marginam o bordo superior dessa glandula.

2.ª SECÇÃO

Histologia

I

A pleura apresenta a estructura ordinaria das membranas sorosas. Ella se compõe de duas camadas uma superficial e a outra profunda.

II

A camada superficial é formada por cellulas achatadas e irregularmente polygonaes, medindo de 40 a 50^{mm}. de diametro.

III

A camada profunda que serve de substratum ás cellulas endotheliaes, é constituida por uma trama conjunctiva muito rica em fibras elasticas.

Anatomia e Physiologia pathologicas

I

As lesões inflammatorias das paredes arteriaes são as mais das vezes proliferativas e dão logar a formações que se desenvolvem ao redor da arteria, ou no seu canal, e que corespondem á periarterite e á endarterite.

II

Essas lesões têm uma evolução rapida ou lenta, e então se terminam por transformações que dão logar a constituição do atheroma arterial.

III

Outra terminação frequente da inflammação arterial é caracterisada pela producção dos tumores aneurismaes.

Bacteriologia

I

Fischer deu o nome de *Bacillus phosphorecens* a uma bella bacteria luminosa que isolou da agua do mar das Indias.

II

A particularidade que apresenta esta bacteria, em todos os meios, é a de luzir na escuridade.

III

Esta bacteria parece não gozar de acção pathogena, no homem e nos animaes de experiencia.

3.a SECÇÃO

Physiologia

I

A bilis, alem da acção que tem sobre os alimentos goza ainda de um papel excrementicio, segundo o qual contribue para a formação das fezes.

II

No feto, cujo figado é muito desenvolvido, a bilis é derramada no intestino, comquanto este não contenha alimentos.

III

O producto da secreção biliar da figado do feto é destinado á eliminação, e constitue, de par com outros elementos, o meconium.

Therapeutica

I

O acido picrico tem uma de suas principaes indicações na cura das queimaduras.

II

Sua acção benéfica é devida a suas propriedades analgesica, antiseptica e keratoplastica.

III

Nas queimaduras extensas è preciso ter em vista a possibilidade da intoxicação.

4.ª SECÇÃO

Medicina legal

I

Os epilepticos são irresponsaveis pelos delictos que commettem; quer se achem sob a acção de uma perturbação cerebral manifesta; quer se apresentem na melhor apparencia de integridade mental.

II

O epileptico é sempre dirigido por um cerebro defeituoso, que, em um momento dado, pode impellil-o a praticar um acto criminoso, a despeito da

apparencia de sanidade psychica com que pareceu agir.

III

A difficuldade se estabelece quando se procura verificar se o individuo effectivamente praticou o crime sob a influencia do mal comicial, pois as multiplas formas de manifestação desse estado morbido podem mascarar por completo as pertubações profundas por elle produzidas.

Hygiene

I

A filtração central é o meio mais pratico e efficaz de purificação da agua destinada ao abastecimento de uma cidade.

II

A agua, depois de deixar nos tanques de sedimentação as impurezas mais grosseiras, passa para os filtros que são constituidos por camadas deseguaes de pedra britada, seixos pequenos, areia grossa e fina.

III

Essas camadas servem de supporte a uma pellicula que, formada ás custas dos detritos organicos e mineraes, das algas e bacterias contidas na agua, vae constituir o filtro propriamente dito.

5.ª SECÇÃO

Pathologia cirurgica

I

A posição do membro inferior permitte se estabelecer o diagnostico das variedades de luxação coxo-femural.

II

Nas variedades anteriores o membro fica em abducção; nas variedades posteriores da-se a adducção.

III

O gráo da flexão ou de extensão precisa a ponto de situação da cabeça do femur.

Clinica cirurgica

(2ª CADEIRA)

I

Na arthrite suppurada do joelho deve-se abrir largamente a articulação, lavar com liquido antiseptico o seu interior e drenal-o sufficientemente.

II

Apôs a arthrotomia, que deve ser feita aos lados da rotula, por duas incisões lateraes, não se deve absolutamente fechar a articulação.

III

A operação praticada de accordo com essas regras restabelece dentro em pouco os movimentos da articulação.

Clinica cirurgica

(1ª CADEIRA)

I

Nos grandes kystos do abdomen, quando se torna impossivel a ablação completa, devido ás adherencias então existentes, a verdadeira conducta a seguir é a *marsupialisação.*

II

Este processo consiste em evacuar a cavidade kystica, por uma larga incisão, reseccar a exhuberancia de suas paredes, e suturar os bordos da porção restante a abertura abdominal.

III

A fixação do pediculo á parede abdominal deve ser feita de modo a não permittir a penetração do contéudo do kysto na cavidade peritoneal.

Operações e apparelhos

I

A talha hypogastrica é a operação de escolha para a extracção dos calculos vesicaes.

II

A lithotricia é incontestavelmente uma bella operação, porém de difficil manejo, e como tal sómente empregada por especialistas.

III

Esta operação requer uma bexiga em bôas condições, a permeabilidade do canal da urethra, e, sobretudo, a habilidade do cirurgião.

6.ª SECÇÃO

Pathologia medica

As hemoptyses tardias da tuberculose têm, por vezes, origem na ruptura dos pequenos aneurismas de Rasmussen.

II

Ao contrario das precoces, que quasi nunca apresentam perigo immediato, as hemoptyses tardias podem matar o doente em alguns minutos.

III

A ipeca é empregada com grande vantagem nas hemoptyses; sua acção benefica é devida á constricção que produz nas fibras lisas dos vasos pulmonares.

Clinica propedeutica

I

Pela palpação é possivel explorar-se a vesicula biliar, nos casos em que esta se apresenta augmentada de volume.

II

A palpação deve ser praticada então no bordo externo do musculo recto do abdomen e immediatamente abaixo das costellas.

III

Nos casos de retenção biliar ou de hydropsia da vesicula, sente-se perfeitamente esta ultima sob a forma de um tumor fluctuante liso e tenso.

Clinica medica

(2ª CADEIRA)

I

A cachexia palustre pode ser primitiva, e se manifestar em individuos que jamais tenham tido accessos intermittentes ou remittentes.

II

Ordinariamente ella se manifesta em os habitantes das regiões onde a endemia palustre é mais accentuada.

III

Nesses casos os preparados de quina propriamente dita, de arsenico e de ferro parecem dar melhores resultados que os saes de quinina.

Clinica medica

(1ª CADEIRA)

I

As hemoptyses dos cardiacos são mais frequentes nas lesões orico-valvulares esquerdas do que nas outras lesões do coração.

II

As mais das vezes ellas são devidas a pequenos embulos, que originados na auricula direita se vão localisar nos arteriolos polmonares, constituindo ahi *os infractus hæmorrhagicos.*

III

Em geral as hemoptyses dos cardiacos se observam em um gráo adiantado da molestia mitral.

7. SECÇÃO

Chimica medica

I

Os acidos taurocholico e glycocholico são os productos os mais caracteristicos da bilis.

II

O acido taurocholico (C^{26} H^{45} Az SO^{7}) se apresenta em finas agulhas brancas; é soluvel na agua e no alcool, e desdobravel, sob a influencia das bases, em seus dous geradores, o acido cholalico e a taurina.

III

O acido glycocholico (C^{26} H^{43} A z O_6) se apresenta em crystaes pouco soluveis, que os saes de-

compõem, á quente, em acido cholalico e glycocolla.

Historia natural medica

I

O *adonis vernalis* é uma planta annual, de 10 a 40 centimetros de altura, da familia das *Renonculaceas*,

II

Seu principio activo, adonidina, foi isolado por V. Cervello.

III

E' uma glycoside amorpha, inodora, muito amarga, soluvel no alcool, muito pouco soluvel na agua e no ether.

Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular

I

A via hypodermica é a mais segura, quando se quer obter o effeito prompto de um medicamento.

II

Observando-se os preceitos antisepticos, evitando-se a penetração do ar e a picada de uma veia, as complicações não podem ter logar.

III

O apparelho empregado é a seringa do typo Pravaz.

8.ª SECÇÃO

Obstetricia

I

O accesso eclamptico sobrevindo durante o trabalho do parto, no periodo de expulsão, estabelece ume indicação urgente ao emprego do forceps.

II

Quando a extracção é rapida e bem dirigida, evita-se a morte do producto da concepção.

III

A anesthesia chloroformica é de grande vantagem nestes casos, pelo relachamento que produz em todos os musculos, então em estado de contracções tonicas e clonicas.

Clinica obstetrica e gynecologica

I

A fórma do ventre e a zona de macidez da pa-

rede abdominal permittem por si sós estabelecer-se o diagnostico do kysto do ovario.

II

Nessa affecção o tumor occupa a parte mediana e faz saliencia na parede abdominal, dando-lhe a forma mais ou menos acuminada.

III

A zona de macidez, que é mediana e o toque vaginal, que permitte sentir-se a relação do tumor com os orgãos pelvianos, são os melhores elementos para a differencição diagnostica do kysto do ovario com a ascite.

9.ª SECÇÃO

Clinica pediatrica

I

Os oxyures vermiculares são muito communs nas crianças, onde elles se desenvolvem em numero consideravel.

II

Existem em toda a extensão do intestino, mas a sua séde de predilecção é o *cœcum*.

III

A' noite, ordinariamente, elles saem pelo anus, espalham-se pelas partes visinhas, e podem attingir a vulva e a vagina determinando por vezes vulvo-vaginites.

10.ª SECÇÃO

Clinica ophtalmologica

I

A ophtalmocopia é um enfraquecimento notado quasi exclusivamente nos presbytas, e excepcionalmente nos myopes que têm abusado de lunetas concavas muito fortes.

II

Esta especie de amblyopia sobrevém em consequencia de accomodações forçadas e continuas.

III

Nos gráos mais elevados da presbytia ella se manifesta muito cêdo em individuos de edade pouco avançada.

11. SECÇÃO

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I

As affecções cutaneas, quando de fundo syphilttico, além da presumpção colhida pela anamnese, apresentam caracteres que as distinguem bem das de outras origens.

II

Ha casos entretanto em que só o tratamento póde revelar-lhes a natureza.

III

As preparações iodadas e mercuriaes são ainda o seu remedio par excellencia, quando sabiamente administradas.

12.ª SECÇÃO

Clinica psychiatrica e das molestias nervosas

I

Designa-se pela denominação de *pequeno mal epileptico* a epilepsia não convulsiva, caracterisada por vertigens, ausencias e delirios.

II

O pequeno mal epileptico, nas suas diversas manifestações, é a fórma a mais frequente do mal comicial.

III

O seu diagnostico é muito importante pelos dados que póde fornecer á medicina legal.

VISTO.—Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 28 de Outubro de 1902.

O SECRETÁRIO,

DR. *Menandro dos Reis Meirelles.*